

様式第 1 号（第 5 条関係）

介護予防・生活支援サービス利用・終了申請書

年 月 日

葛尾村長 様

住 所

申請者氏名

印

電 話 番 号

介護予防・生活支援サービスを（利用・終了）したいので申請します。

被保険者番号										
被保険者氏名										
住 所	〒 -----									
生 年 月 日	年 月 日生									
1 利用開始の時期	☐ 直ちに									
	☐ 直近の要支援認定期間終了後									
2 利用終了の時期	☐ 終了希望日 年 月 日									
3 添付書類	☐ 介護保険被保険者証									
	☐ チェックリスト									

事業対象者として決定する際及び決定後介護予防ケアマネジメント等を実施するために必要があるときは、介護予防事業対象者把握にかかるチェックリスト及び要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を葛尾村から地域包括支援センター、介護予防支援事業者、居宅サービス事業者、介護予防サービス事業者、地域密着型（介護予防）サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

また、申請するにあたり、介護保険料の支払いの状況等の調査をされることに同意します。

本人氏名 _____ 印